
研究ノート

在宅高齢者に対する訪問看護・訪問介護・居宅介護支援事業所従事者の チーム活動を困難にする要因 —自由記述の結果から—

原田由美子¹⁾, 松井 妙子²⁾, 井上千津子¹⁾

はじめに

人生の最晩年を住み慣れた地域で質の高い介護を受けながら締めくくることができるためには、介護の基盤整備が必要である。基盤整備においては現在人材確保が重要な課題となっている。しかし、量的確保策だけでは、質の高いケアは期待できない。訪問看護師や訪問介護員(本稿では表および必要な個所ではヘルパーと表記する)などの専門職の質とともに、介護保険制度において要となる介護支援専門員(本稿では表および記述上必要な個所ではケアマネジャーと表記する)の質についても大きな課題となっていた。つまり、このケアマネジメントという手法は、ビジネスにおいて活用されてきた手法であるが、制度発足当初からこのケアマネジメントについては、福祉の分野では活用された歴史も浅く、介護支援専門員は、医師や看護師、介護福祉士と違い、介護保険制度において意味のある資格であり、介護支援専門員の受験資格は、看護師、介護福祉士、社会福祉士等、多数の職種が含まれているからである。

一方、施設はもとより、在宅においてもケアミックス¹⁾と表現されるような複数の課題を有する利用者が増加しており、効果的な支援を行うためには、多職種による効果的な連携が重要となっている。しかし、個々の介護保険制度の在宅サービスは、多様な経営主体によって提供されている。そのため、福祉多元主義による多様な経営主体²⁾に所属する各事業所に勤務する専門職間のチーム活動が、ケアの質に大きな影響を及ぼす可能性が高いといえる。

我が国の在宅高齢者を対象としたチーム活動に関する研究は、インタープロフェッショナルチームワーク(IPW)の概念研究³⁾⁴⁾、構成要素の抽出に関する質的研

究³⁾などが行われ、チームアプローチの必要性を強調する論文は数多い。

在宅高齢者の生活支援にかかわる居宅サービス事業所は、訪問介護、訪問看護はもとより訪問リハビリテーションや訪問入浴等多様である。その中でも、利用者が多く頻回にケア業務に従事するのは、訪問看護事業所と訪問介護事業所であり、その事業所間を結びつけるのが居宅介護支援事業所である。訪問看護と訪問介護のチームアプローチ研究では、必要性や理念を強調する論文や事例報告や実践報告⁵⁾⁶⁾、アセスメント情報把握の違いからチームアプローチの必要性を示した論文がある⁷⁾。質的研究としては、訪問看護職と訪問介護職の連携しているケア内容の抽出を試みた研究⁸⁾、両者の相互作用を捉え類型化した研究⁹⁾などがある。しかし、訪問看護職と訪問介護職、介護支援専門員のチーム活動に関する研究は少ない。

そこで、本研究では、サービス提供責任者、訪問看護師、介護支援専門員の三職種のチーム活動を行う上で感じる、チーム活動を困難にする要因について自由記述を元に明らかにすることを目的とした。

1 研究方法

(1) 対象・調査方法

調査対象は、A圏のwamnetに登録されており、無作為で抽出された訪問介護事業所のサービス提供責任者、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所の500名、計1500名である。調査方法は、郵送による無記名自記式である。

調査期間は、2010年10月5日～10月31日である。有効回収数は781票(有効回収率52.1%)そのうちの自由記述の回答者は341名であった。

倫理的配慮としてB大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には研究の主旨や匿名性の確保、データの管理方法を文書で説明した。

調査項目について、本研究では、基本属性(三職種の

1) 京都女子大学

2) 香川大学

基本属性は、性別、年齢、最終学歴、雇用形態、職位、経験年数、取得資格、三職種のチームによる経験、身近な人の介護経験など)

チーム活動における困難な事項についての自由記述を設定した。

本研究におけるチーム活動の定義を「訪問介護、訪問看護、介護支援専門員の三職種が高齢者とその家族の在宅支援のための共通目標をもって役割分担や具体的手段を活用しながら協力して働くこと」とした。

2 分析方法

分析方法は、KJ 法¹⁰⁾を用いて分析を行った。

自由記述回答数は、合計 341 で、その内訳は、訪問看護 109、訪問介護 90、介護支援専門員 142 であった。

KJ 法を用いて分析する前に、自由記述データを、1

人の回答者が同一の枠内に複数の内容を記述している場合は、内容ごとに分割した。1 センテンスを 1 エピソードとし、意味内容を取りだし概念づくりをしてコード化した。また、意味不明の記述および「チーム活動を実践して困ったこと」についての記述以外は除外した。なお、分析においては、3 名の共同作業で行い、第三者にも意見を求めた。

3 研究結果

(1) 自由記述の回答者の属性

自由記述回答者の基本属性は表 1 のとおりである。

(2) エピソードの抽出結果

その結果、エピソードは合計 443 となり、その内訳は訪問看護 160、訪問介護 112、介護支援専門員 171 であった。最終的には、「チーム活動に対する知識、技術」、「専

表 1 回答者の属性

	度数	%		度数	%
事業所			保有資格		
訪問看護	109	32.0	保健師	3	0.9
訪問介護	90	26.4	看護師	131	38.4
介護支援専門員	142	41.6	准看護師	21	6.2
性別			介護支援専門員	245	71.8
女性	281	82.6	社会福祉士	29	8.5
男性	59	17.4	精神保健福祉士	2	0.6
年齢			介護福祉士	150	44.0
20 代	6	1.8	ヘルパー 1 級	49	14.4
30 代	68	19.9	ヘルパー 2 級	104	30.5
40 代	133	39.0	その他	68	19.9
50 代	125	36.4	専門領域		
60 代以上	9	2.6	看護領域	113	35.5
最終学歴			介護領域	169	53.1
中学校	4	1.8	社会福祉領域	24	7.5
高等学校	68	16.2	その他	12	3.8
専門・専修学校	156	45.9	現事業所経験年数		
短期大学	53	15.6	5 年未満	145	42.5
大学	71	20.9	5 年以上 10 年未満	101	29.6
大学院	1	0.3	10 年以上 15 年未満	81	23.8
雇用形態			15 年以上	14	4.1
正規職員	331	97.6	在宅・地域職場経験年数		
非正規職員	8	2.4	5 年未満	61	18.0
業務形態			5 年以上 10 年未満	132	39.1
専任	229	67.8	10 年以上 15 年未満	99	29.3
兼任	109	32.2	15 年以上	46	13.6
職位			三職種チーム活動経験		
管理者	236	69.6	あり	318	94.9
実務者	103	30.4	なし	17	5.1

N=341 にならない場合がある

専門職の職業倫理、志向性」「専門職の職務遂行能力」,「専門職の社会的評価」,「介護保険制度」,「医療・介護の基盤整備」,「利用者・家族の認識、協力」の7つのカテゴリーが抽出された。

(3) KJ 法の結果

表2は,「チーム活動に対する知識、技術」「専門職の職業倫理・志向性」「専門職の職務遂行能力」「専門職の社会的評価」「介護保険制度」「医療・介護の基盤整備」「利用者・家族の認識、協力」の7つのカテゴリーである。図1は,チーム活動を困難にする要因のカテゴリーの全体構造を表している。

①専門職の職務遂行能力

チーム活動を困難にする要因に関する意見として,「専門職の職務遂行能力」についてもっとも多く記述があった。介護支援専門員の職務遂行能力に対する指摘が最も多く,次いで訪問介護員に対する指摘が多かった。訪問介護員の力量差,職業に対する姿勢の甘さ,専門的知識,チーム活動の知識についての教育不足を指摘するものも他職種だけでなく,訪問介護員自身からの指摘もみられた。

②チーム活動に対する知識、技術

次に多かったのがこのカテゴリーであり,チーム活動に対する理解は,介護支援専門員だけでなく,訪問介護,訪問看護のそれぞれも理解している必要があることを物語る記述がみられた。また,三職種には入っていないが,「医師や病院が非協力的である」ことや退院時の情報提供はもとより在宅生活に向けてのカンファレンスについても協力を得られない病院があることが障壁となることが推測できる記述が多くみられた。また,同じ法人内に設けられた訪問看護事業所では,医師の考え方に影響を受ける場合が多く,連携にも影響を及ぼしているという記述が見られた。

③専門職の職業倫理、志向性

介護保険制度では,措置制度とは違い,収支分岐点は常に黒字でなければ各事業所は事業経営を継続できず,利用者へのサービスの安定性,継続性を担保するがなくなる。そのため,経営者からの圧力にとともにすれば,影響されかねない状況があることを物語る記述も見られる。また,このような背景による無言の圧力が介護支援専門員にかかっていることを示唆する記述も見られた。

④専門職の社会的評価

在宅介護の現場では,ヘルパーと訪問看護師が協働する場面が多く,訪問看護師から指図をされているといった指摘や医療が優位に立つといった記述から,上下関係を認識していることがわかった。

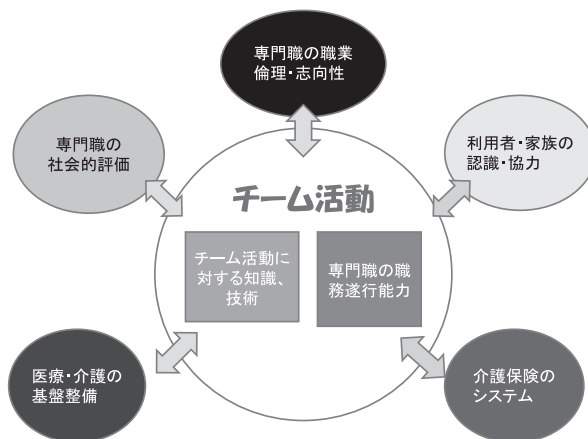


図1 チーム活動困難にする要因

また,ターミナル期を除けば,もっとも頻回に利用者の関わるのは訪問介護員である。訪問介護員の情報をこまめに吸い上げることがケアマネジメントの質にも影響を及ぼすと考えられるが,現状では軽視する場面が多々見られることを物語る記述がみられた。

⑤介護保険制度

介護保険法の基準限度額の範囲内のサービスは利用者の支払い能力によって,限度額一杯の計画が立案され実施される。一方,支払い能力のない利用者の場合は,必要であってもサービスを抑制せざるを得ない利用者もいる。そもそも援助計画は利用者のニーズによって立てられるものであるが,現実にはサービス提供が支払い能力に影響を受けていること示唆する記述がみられた。

介護保険制度では,ケアカンファレンスには,サービス提供責任者や訪問看護事業所の管理的立場の看護師が出席する場合が多いため,介護支援専門員の求めがない限り,直接援助している訪問介護員や訪問看護師が出席せず,必要な情報の共有が困難であるという記述があった。

⑥医療・介護の基盤整備

医療・介護の基盤整備は,介護保険制度発足以前から多くの課題が指摘されていた。施設のベッド数の不足は深刻であるが,要介護者の大半は在宅で生活している。この在宅ケアの担い手である訪問介護は特に深刻である。ケアカンファレンスにおいて情報を共有することは,その職務上も重要であることを認識しているものの,介護サービスを提供することで,あるいは訪問することで精一杯で,カンファレンスに出る時間的ゆとりや人員の余裕がないと回答している。

また,土・日・祝日対応をする訪問看護事業所が少ない,緊急時加算を設定しているが対応してもらえないといった意見から,訪問介護だけでなく訪問看護においても基

表2 カテゴリー分類

第1 カテゴリー	個	第2 カテゴリー	第3 カテゴリー
医師・病院が協力できてない	26	医療機関は連携に協力的でない	チーム活動に対する知識、技術
医師と訪問看護が話し合った内容をケアマネに伝えない	1		
退院時の情報提供やケアカンファレンスを開かせてくれない病院がある	1		
医師・病院の意見が強い	14	自己の専門領域の主張が強く他の専門職を軽視する	
訪問看護の意見が強い	10		
訪問看護は勝手にプランを変更したり口を出す	4		
医師と看護師は密に連携しているがケアマネには報告が来ない	3		
三職種の知識の差がありお互いを理解できるのか疑問である	2		
チームメンバーの数が多くなると調整が極めて困難になる	1		
医師は医療職ベースのケアマネを優先させる	1		
同一事業所内なので連携はうまくいく	21		
ケアマネに対して報告や情報を伝えてこない事業所がある	6		
事業所間の質や考えの差がありすぎる	5		
事業所内の連携が取れていない	4		
サービス提供状況の報告がない事業所がある	1	訪問看護は連携に協力的でない	
訪問看護も訪問介護もそれぞれの事業所内で解決しようとして連絡をしてこない	1		
訪問看護が協力的でない	8		
訪問看護は専門用語を使うため福祉職や家族が理解しにくいという訴えがある	3		
訪問看護は医師の言いなり	3		
訪問看護はカンファレンスに出席しないことがあるので、同席してほしい	3		
チームで連携することの意味が分かっていない事業所が多すぎる	7	他の専門職が他の専門領域に介入	
ケアマネやヘルパーが医療介入をするので利用者が混乱する	2		
ケアマネが自分の判断を優先してプランを作成する	13	専門職の職業倫理・自己覚知が不十分	専門職の職業倫理、志向性
経営者から訪問看護事業所の営業成績を言われる	2		
事業所の利益を優先するケアマネがいる	2		
ケアマネの倫理観や資質に影響される仕組みになっているので差が大きい	1		
チームメンバーが固定されると仕事という意識が薄れ仕事の質が下がる	3		
チームメンバーは他のメンバーの意見をまずは傾聴することが大切	2		
専門職という職ではなく、人間性の影響が大きい	1	連携におけるメンバー間の姿勢・意識に課題がある	
ケアマネの力量差がありすぎる	29		
ケアマネが情報を分析できず適切なケアプランになっていない	22		ケアマネの職務遂行能力に課題がある
ケアマネ自身の医療的な知識が足りず苦労する	4		
ケアマネの元の職種によりプランに偏りがある	2		
ケアマネの基礎資格が医療系でないとうまく医療関係者との連携ができてにくい	14		
ケアマネから必要な情報が来ない	9		
ケアマネが家族の言いなりになり、専門職の役割を果たしていない	6	ケアマネの調整能力が不十分	
ケアカンファレンスを開かないケアマネがいる	3		
ケアマネと家族がうまくいっていないため、間に立って援助しにくい	2		
ケアマネの独断で、ヘルパーの情報が訪問看護に伝わらない	1		
訪問看護から看護計画や援助報告がない	3		
看護職間の看護観の差があり、影響する	3		
訪問看護は利用者を上から目線で見ている	1	訪問看護の意識・知識・技術が不十分	専門職の職務遂行能力
訪問看護のなかには自分の業務を医療処置だけと考えている者もいる	1		
医療関係者の中には介護保険の理解が低い場合がある	1		
現状のヘルパーの教育では、知識・技術が足りない	14		
ヘルパーが自己判断でサービスをする	7		
ヘルパーの質、力量に差がありすぎる	6		
ヘルパーが医療知識がないので自信を持って援助できていない・すべて指示が必要	4	ヘルパーの教育・仕事に対する意識・力量が不十分	
ヘルパーは仕事に対する姿勢に差がありすぎる	3		
専門職の判断や裁量のうちで処理できることをケアマネに頼る	3		

表 2（続き）

三職種に上下関係があり訪問介護が下と感じる	13	職種間による階層性を認識	専門職の社会的評価
ケアマネが上位に位置すると思うがある	9		
ヘルパーがヘルパーとして熟練しないでケアマネを最終目標としている	3		
訪問看護がヘルパーを下に見て、仕事に指示をすると感じる	13		
訪問看護はケアマネ、ヘルパーよりも上だと思っている者がいる	11		
ケアマネが看護師の意見は聞くがヘルパーの意見を聞かない	1		
訪問看護がヘルパーを下に見て、報告を取り上げない	1	三職種間に上下関係があると思っている	介護保険制度
訪問看護と訪問介護の連携が取りにくい	8		
ケアマネは忙しくて本来の情報収集ができていないことやカンファレンスの開催が困難	2		
カンファレンスをする場合は、直接援助にかかわっている者が出席しないと効果がない	1		
介護保険の限度額で十分なターミナル期のケアができなかった	6		
訪問看護に意見を求められるが、報酬につながらない	6		
訪問看護は報酬単価が高いので、訪問介護の医療行為を広げてほしい	4		
訪問看護の報酬が高く設定されているので導入が少なくなる	4		
ケアマネには緊急時に対応しても加算がない	2		
ヘルパーに対してグレーゾーンの医療行為を求める訪問看護師	2		
介護保険の報酬が低いので経営が困難	2		
ケアマネの業務は時間がかかるが加算等がないので、事業経営が困難	1		
介護保険制度では、ヘルパーのできることの制限事項がありすぎ在宅を支えられない	1		
在宅介護が限界になった時の受け皿がないので安心してケアできない	1		
訪問看護が土・日・祝日は休みの事業所があるので困る	4	土・日・祝日、緊急時対応ができない	
緊急時対応や休日対応を決めていても対応してもらえない	4		
訪問看護は緊急時加算をとっているにも関わらず連絡が取れないことがある	3		
ケアマネに、それぞれの事業所が休みの時に本来の業務ではない業務を求められる	2		
土日祝日は休みのケアマネ事業所がある	1		
訪問をするのが精いっぱい、忙しくてカンファレンスに出られない	9	事業所の数、マンパワー不足で、プランに応じた体制が取れない	医療・介護の基盤整備
時間にゆとりがなく連絡や調整がとりにくい	6		
ヘルパーのマンパワー不足	4		
訪問看護の事業所が少ない	2		
事業所の規模が大きい方を進めるケアマネが居る（サ責）	2		
田舎でありサービス事業所がないので連携以前の問題である	2		
ケアマネやサ責は非常勤雇用者がおり、連絡が取れないことがある	2		
ケアマネがよく交代するので、情報共有できず利用者が悪化することがある	2		
訪問看護のマンパワー不足により十分な対応やカンファレンス等にでられない	1		
事業所の規模が大きいと研修等も多いが、小さいと研修が少ない	1		
訪問看護の人員配置基準が厳しい	1	柔軟性に欠ける制度	
医療保険の訪問看護と介護保険の訪問看護のサービスに違いがあり調整しにくい	3		
ターミナル期は、変化が著しく、頻回なプラン変更（報酬単価が変化）必要で対応が困難	1	家族の協力・意識がプランに影響する	家族の認識、協力
家族の協力が得られない	5		
利用者と家族の意見の不一致や利用者の望むケアプランの計画が立てにくい	4		
家族の意向が変化するので要望を把握できにくい	3		
プランにないことも含め何でもするヘルパーを家族が喜ぶ	1		
計	443		

※ 表ではケアマネジャーをケアマネ ホームヘルパーをヘルパーと表記

盤整備が不十分であることを物語る記述がみられた。

⑦利用者・家族の認識、協力

介護支援専門員は、プランを作成する上で、利用者のニーズを抽出し、計画を立案するが、利用者と家族の要望が著しく違っている場合があることや利用者の要望や家族の意向が定まらず、プランが立てられない、といった記述がみられた。

家族が非協力的なとき計画の立案もケアマネジメントの遂行も困難である。

また、利用者や家族の介護保険制度やケアマネジメントに対する理解不足から、家族の要望に応じて何でもするヘルパーを評価する利用者や家族の態度がケアマネジメントの遂行を妨げるといった記述もみられた。

4 考 察

今回の調査で、自由記述に回答者を寄せた専門職の人たちは、表1から在宅や現事業所の経験年数が、5年未満が18.0%、5年以上01年未満が39.1%で計57.1%と、介護保険制度発足以降が、半数を上回った。そのような現状において、三職種が困難と感じる現状や要因に関する記述は、「チーム活動に対する知識、技術」、「専門職の職業倫理、志向性」「専門職の職務遂行能力」、「専門職の社会的評価」、「介護保険のシステム」、「医療・介護の基盤整備」、「利用者、家族の認識、協力」の7つのカテゴリーが抽出された。これらチーム活動を困難にする要因の7つのカテゴリーの構造は図1のとおりである。「チーム活動に対する知識、技術」、「専門職の職務遂行能力」がチーム活動の質を担保するうえで欠かせない、いわば核となる要因である。そして、チーム活動を支え、在宅ケアを支えるのが「医療・介護の基盤整備」や「介護保険制度」である。形としては見えないが忘れてはならないこととして、「専門職の職業倫理、志向性」がある。ケアマネジメントの情報共有や質に影響を及ぼす大きな要因として社会的評価があり、サービス提供上やチーム活動遂行上に影響をおよぼすものとしては「利用者や家族の認識、協力」があると考えられる。

先にも述べたとおり、介護保険制度の重要な要となるケアマネジメントの手法が導入されて10年余り（調査時）である。介護支援専門員の職務遂行能力に対する批判的な意見が多かったことは今後も引き続き課題であり、まだまだ研修の保障や自己研鑽が重要であるといえる。

チーム活動は、情報の共有やマネジメントの質の高さが重要である。しかし、マネジメントの質を左右する要因は、それぞれの専門職の知識、職務遂行能力が、その専門職としての法律に規定される「一般的な水準」に達

していることが前提であり、そのうえで業務は効果的に遂行され则认为られる。

また、カンファレンスに出席できないということだけでなく、カンファレンスの場に、直接援助している訪問介護員や訪問看護師が出席しないで開かれる状況に対して、「利用者の状態がわからない」「利用者の生活課題の改善を目指して行っているのだろうか」という内容も書かれていた。現状の人材不足もさることながら、直接サービスを提供している訪問介護員や訪問看護師が参加できるような仕組みづくりが重要である。カンファレンスに参加することで、情報提供すべき事項がわかり、介護と連携の技量の向上を図ることが可能となる。

また、「ヘルパーにグレーゾーンの医療行為を求める」という記述がみられたが、家族が行うことは認められるが、訪問介護員等には認められない医療行為については、グレーゾーンとして行われてきたことを物語っている。社会福祉士および介護福祉士法の改正により、介護福祉士にも医療行為の一部が求められることとなった。また、併せて介護保険法の改正も行われた¹¹⁾。今後の課題である。

専門職の社会的評価のカテゴリーから、「ヘルパーの最終目的が、ヘルパーとして熟練することではなく、ケアマネジャー」という記述がみられたが、「ヘルパー」を継続するよりも「ケアマネジャー」に転職することを選択する者が多いという現状を表している。特別養護老人ホームなどの入所型施設は、今後大きく拡充される見通しは少ない。在宅生活の現場では、身体介護を行えば洗濯物やゴミが出る。また、季節に合わせて衣類や寝具の入れ替えも必要である。在宅要介護高齢者が日々の暮らしを継続するには、身体介護と家事援助を切り離すのではなく、融合して提供されることが必要である。また、後期高齢者の増加に伴い、認知症高齢者の増加が予測されているが、これらの人たちを日常生活の支援によって重度化させないために、家事を利用者と一緒にするなどの役割を担うこと介護予防の視点からも重要ではないかと考える。

チーム活動が効果を発揮する為には、対等な立場で、それぞれの専門領域の知識と技術を提供しあうことができる環境整備が何よりも必要である。訪問介護員の知識や技術だけでなく、仕事に対する姿勢を疑問視する記述が見られた。加えてホームヘルパー養成にかかる研修時間を見直し、専門職に相応しい内容にすることを求める内容もあった。専門職の社会的評価は、その養成にかかる時間の長さやコストに左右される。加えて、支払われる報酬に比例する側面も現状では否めない事実である。

このような前提を考慮せず、基盤整備を進めてきた結果が現状の社会的評価に繋がっている。訪問介護員を専門職に位置付けるための教育・研修制度の充実が今後の課題である。

チーム活動の遂行上、サービス提供責任者が個別援助計画の立案やカンファレンスに出席するような現状のシステムではなく、現場の実際にサービスを提供している訪問介護員がカンファレンスに参加でき、情報の共有や自己研鑽できるようなシステムの改善も重要であると同時にチーム活動を実践するうえで、ある程度の裁量権が発揮できない状況ではタイムリーな連携と有効な援助を行うことにつながらない¹²⁾。

ところで、三職種に限らないが、ケアカンファレンスの場で、情報提供や意見を述べる力量はもとより、日ごろから情報共有の重要性やチーム活動の有効性を認識する必要がある。そのためには、介護支援専門員だけにケアマネジメントの研修を行うのではなく、訪問看護師や訪問介護員に対してもケアマネジメントやチーム活動に関する研修を行う必要がある¹³⁾。

松岡 (2000) は、専門職間連携の障壁・障害と対処法について、先行研究レビューによって、①専門職を取り巻く環境の問題、②専門職自身に関わる問題、③専門職間連携の問題の 3 つに整理している。①については、専門職間の職業的地位の差異による影響をうけることやチームは専門職の所属する施設・組織と制度によるサポートが必要であること、②については、専門職の知識、価値、目標等による差異であり、障壁を克服するには、まず他専門職の価値等の理解が必要であると述べている。また、③については、連携のプロセスにおいて問題解決過程についての理解不足やその過程で発生す葛藤への対処法についての専門職の知識の欠如などを挙げている¹⁴⁾。

今回の自由記述の分析結果においては、カンファレンス等への参加の困難さや職業の社会的評価の問題、キーパーソンである介護支援専門員の経験不足やマネジメント能力の欠如に対する意見などが多く見られたが、松岡が述べているように、周辺環境の整備やそれぞれの専門職の守備範囲や価値についての理解、連携の過程に対する理解が重要であるということが示唆されたといえる。

さらに、介護支援専門員は、ケアプランの作成と給付管理だけが業務ではない。利用者や利用者の家族に対する相談、助言を行うと同時に利用者や家族に対して介護保険制度やそれぞれの専門職の役割についても説明を十分に行う役目がある。利用者の自立を支援するうえでも適切なサービスの提供が行われるようにモニタリングを

行う必要がある。また、連携する訪問看護師や訪問介護員に対するスーパーバイザーの役割を担う¹⁵⁾ ことも場合によっては必要となる。ところが、介護支援専門員が一人しかいないという小規模な事業所もある。介護保険法の改正により、新たに地域包括支援センターが位置付けられたが、そこでの主任介護支援専門員は、役割や機能のうえからも、居宅介護支援事業所の介護支援専門員のスーパービジョンを行うことを求められていると考えられる。

少子化高齢化、人口減少は、生活や福祉問題をいっそう深刻化させることが予測される。このような背景を考えれば、要援護状態になっても地域社会での生活を継続するためには、在宅ケアを支える基盤整備は極めて重要な課題となる。そして、その一翼を担う専門職のチーム活動の質を高めていくことが今後いっそう重要になると考える。

本研究の限界としては、調査対象が、A 圏域にある事業所の三職種を対象としており、かつ自由記述回答者は 341 名であったので、一般化できない。今後の課題としたい。

本稿は、日本ケアマネジメント学会第 10 回研究大会におけるポスター発表に加筆修正した。

本研究は 2011 年度大阪ガスグループ福祉財団の研究助成を受けて行った。

注

- 1) ケアミックスの定義は訪問介護財団が 2006 年に提示している。佐藤美恵子他『訪問護と介護』医学書院, Vol 2 No 7, 2007 年
- 2) 「1990 年代初頭の英国の福祉多元主義の分析枠組みではケア供給の 4 つのセクターが、「政府セクター (法定セクター)」「民間セクター (営利セクター)」「ボランティアセクター (非営利セクター)」「インフォーマルセクター (家族セクター) と設定された」と述べている。後藤真澄, ケア労働の配分と協働, P 6, 東京大学出版会 2012
- 3) 菊池和則:他職種チームコンピテシー, 社会福祉学, 44(3): 23-31 (2004)
- 4) 杉本知子:長期ケアにおける「interdisciplinary team」概念分析, 老年看護学, 11(1): 5-11 (2006)
- 5) 鎌田ケイ子:在宅において目指すべき“看護と介護の連携”とは, Community Care, 9(4):14-20 (2007)
- 6) 和田洋子:在宅療養の鍵を握る訪問看護師と日常生活を支える介護職との連携, Community Care, 9(4): 36-38 (2007)

- 7) 松井妙子, 鳥海直美, 蘇珍伊, 岡田進一: 在宅高齢者ケアにおける「価値認識」と「アセスメント情報把握」に対する訪問看護と訪問介護の職種間比較, 日本在宅ケア学会誌 11(2): 83-90 (2008)
- 8) 原田春美, 小西美智子: 在宅高齢者ケアにおける訪問看護師とホームヘルパーの連携, 広島大学保健学ジャーナル, 2(1): 56-63 (2002)
- 9) 原田春美, 小西美智子, 寺岡佐和: 同一事例にケア提供する訪問看護師とホームヘルパーの相互関係に関する研究。日本地域看護学会誌, 9(2): 40-46 (2006)
- 10) KJ 法は, 川喜田研究所により商標登録されている。川喜田二郎, 発想法, 84 版 2009, 川喜田二郎, 続発想法, 58 版 2008, 中公新書を参考にした
- 11) 介護職に認められた行為の範囲は喀痰吸引, 経管栄養であり, 実施する事業者は, 認定特定行為従業者のうち不特定の者対象の認定を受けることになる
- 12) 原田由美子, 介護保険制度におけるホームヘルパーの裁量権に関する研究, 介護福祉学 Vol. 15 No. 2, 161-171, 2008
- 13) 金川克子, 看護と介護の連けいのあり方—訪問看護ステーションを例として—第 25 回日本保健医療社会学大会シンポジウム要旨, 大会要旨集, 63, 1999
- 14) 松岡千代, ヘルスケア領域における専門職間連携—

ソーシャルワークの視点からの理論的生理—, 社会福祉学, 40(2), 26-30, 2000

- 15) 長嶋紀一 ケアカンファレンスの場を用いてのスーパービジョン〜よきスーパーバイザーになるために〜, 月刊福祉 AUG, 46-52, 1997

引用・参考文献

- 大塚真理子, 平田美香, 新井利民, 他 7 名, 在宅要介護高齢者への援助活動におけるインタープロフェッショナルワークの構成要素, 埼玉県立大学紀要 2004
- 川喜田二郎, 発想法, 中公新書 84 版, 2009
- 川喜田二郎, 続・発想法, 中公新書 58 版, 2008
- 後藤澄江, ケア労働の配分と協働, 東京大学出版会, 2012
- 田垣正晋, 市町村障害者基本計画のニーズ調査の自由記述回答に対する KJ 法とテキストマイニングの併用あり方, 社会問題研究, 58, 71-86, 2009
- 原田晴美, 小西美智子, 在宅療養高齢者ケアにおける訪問看護師とホームヘルパーの連携, 広島大学保健学ジャーナル, Vol. 2, 2002
- 介護福祉学研究会監修, 介護福祉学, 中央法規, 2002